

# QUESTIONNAIRE MEDICAL

Nom et Prénom du patient : \_\_\_\_\_  
 Date de naissance : \_\_\_\_\_  
 Nom du médecin traitant \_\_\_\_\_ Nom du médecin spécialiste : \_\_\_\_\_  
 Dernière visite médicale : \_\_\_\_\_ Raison : \_\_\_\_\_  
 Comment jugez-vous votre état de santé général :  Excellent  Bon  Moyen  Mauvais

## AVEZ-VOUS OU AVEZ-VOUS DEJA EU

- |   | OUI                      | NON                      |   | OUI                      | NON                      |
|---|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Eté hospitalisé pour une maladie ou une blessure _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 24. Maladie auto-immune (arthrite rhumatoïde, lupus) _____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Une allergie à _____<br><input type="checkbox"/> aspirine, ibuprofène, codéine<br><input type="checkbox"/> pénicilline<br><input type="checkbox"/> érythromycine<br><input type="checkbox"/> tétracycline<br><input type="checkbox"/> iode<br><input type="checkbox"/> anesthésie locale<br><input type="checkbox"/> fluor<br><input type="checkbox"/> métaux (nickel, or, argent _____)<br><input type="checkbox"/> latex<br><input type="checkbox"/> autre _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 25. Glaucome _____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Problème cardiaque ou un stent _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 26. Epilepsie, convulsions _____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Antécédents d'endocardite infectieuse _____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 27. Troubles neurologiques _____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Valve cardiaque artificielle ou un transplant _____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 28. Infection virale, herpès, boutons de fièvre _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Pacemaker ou un défibrillateur implantable _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 29. Grosseurs ou enflures dans la bouche _____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Prothèse articulaire orthopédique _____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 30. Urticaire, éruption cutanée, rhume des foins _____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Hypertension artérielle _____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 31. Hépatite (type _____) _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Accident vasculaire (avec prise d'anticoagulants) _____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 32. VIH / SIDA _____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Anémie ou autre trouble du sang _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 33. Cancer _____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Tendance à saigner fort en cas de coupure (INR > 3,5) _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 34. Radiothérapie _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Asthme ou autres troubles respiratoires _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 35. Chimiothérapie, traitement immunosuppresseif _____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Problèmes de sommeil (apnées, ronflement) _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 36. Difficultés émotionnelles _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Problème de rein _____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 37. Traitement psychiatrique _____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Problème de foie _____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 38. Traitement antidépresseur _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Problème de thyroïde _____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 39. Consommateur d'alcool ou de drogues _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Problèmes hormonaux _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>ETES-VOUS</b>  |                          |                          |
| 18. Cholestérol et prise de statines _____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 40. Actuellement traité pour une autre maladie _____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Diabète (HbA1c _____)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 41. Conscient d'un changement de votre état de santé _____<br>depuis les dernières 24h (fièvre, toux, diarrhée) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. Ulcère gastrique et/ou duodéal _____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 42. Sous traitement pour perdre du poids _____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. Problèmes digestifs (hernie, reflux gastrique) _____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 43. Souvent fatigué ou épuisé _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. Ostéoporose (prise de biphosphonates) _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 44. Sujet aux maux de tête fréquents _____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. Arthrose _____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 45. Fumeur ou ancien fumeur _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   |                          |                          | 46. Quelqu'un d'émotionnellement sensible _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   |                          |                          | 47. Souvent triste ou déprimé _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   |                          |                          | 48. FEMME – Sous contraceptif _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   |                          |                          | 49. FEMME – Enceinte _____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   |                          |                          | 50. FEMME – Allaitement _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   |                          |                          | 51. HOMME – Troubles de la prostate _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Décrivez SVP tous vos traitements médicamenteux, médicaux, chirurgicaux ou tout autre traitement qui pourrait affecter votre traitement dentaire (Ex : Botox, injection d'acide hyaluronique)

---

Liste des médicaments, suppléments et/ou vitamines que vous avez pris au cours des deux dernières années :

Médicament	Motif	Médicament	Motif
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

**MERCI DE NOUS INFORMER EN CAS DE MODIFICATION FUTURE DE VOTRE ETAT DE SANTE ET/OU DE VOS TRAITEMENTS**

Date et signature du médecin :

Date et signature du patient :

